Quels patients doit-on adresser à l'hôpital pour la prise en charge de leur tabagisme ?

Les fumeurs fortement dépendants au tabac avec une durée d'exposition longue au tabagisme constituent des candidats potentiels du groupe des hard-core smokers, *c'est-à-dire les fumeurs résistants au sevrage. Ces derniers doivent en conséquence bénéficier d'une prise en charge spécialisée dans une consultation de tabacologie.*

Anne-Laurence Le Faou*

En France, le nombre de décès attribuables à la consommation de tabac a été estimé, en 1999, à 66 400 dont 59 000 chez les hommes et 7 400 chez les femmes (tableau 1, fig. 1).[1] Le tabac est ainsi responsable actuellement de plus d'un décès sur 9 (1 sur 5 chez les hommes, 1 sur 35 chez les femmes). Il est à l'origine d'une part importante de la mortalité prématurée, notamment chez les hommes : dans la population âgée de 35 à 69 ans, un décès sur 3 est attribuable au tabac chez les hommes, un sur 16 chez les femmes.

En 2005, le Baromètre santé a montré une diminution de la prévalence du tabagisme en France, avec 29,9 % de fumeurs occasionnels ou quotidiens chez les 12-75 ans : 33,4 % des hommes et 26,5 % des femmes.[2] Ainsi le nombre de fumeurs est estimé à 13,8 millions actuellement en France, ce qui représente une baisse de 10 % en 5 ans. La réduction de la prévalence tabagique peut être partiellement expliquée par la diminution de l'initiation tabagique (fig. 2). Chez les adolescents, les résultats de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) ont mis en évidence une diminution du tabagisme quotidien chez les garçons comme chez les filles de 12 à 18 ans : à 17 ans, il concerne 38,1 % des garçons et 37,2 % des filles.[3] Toutefois, une part importante de la réduction de consommation tabagique a résulté de l'augmentation des taux d'arrêt. Selon le Baromètre santé 2005, 6 fumeurs actuels sur 10 ont envie d'arrêter.[4]

Les données de la littérature montrent que le médecin traitant a un rôle clé à jouer dans l'aide à l'arrêt du tabac de ses patients.[5] Le Plan cancer prévoit l'introduction d'une démarche minimale de conseils concernant le tabac dans la consultation de prévention.[6] Selon les données du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, la quasi-totalité des médecins généralistes (97,8 %) déclarent prendre en charge eux-mêmes les patients désirant arrêter de fumer, que ce soit seuls (86,5 %) ou en liaison avec une structure (11,3 %).[7] Les médecins géné-

* *Centre de tabacologie, Hôpital européen Georges-Pompidou, universités Paris-VII Denis-Diderot, 75908 Paris Cedex 15 ; unité de recherche 4069, Fondation MGEN « Épidémiologie, évaluation et politiques de santé », université Paris-V-René-Descartes, 75006 Paris.*
Courriel : anne-laurence.le-faou@spim.jussieu.fr

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Nombre total des décès et fraction attribuable au tabac, par sexe, en France en 1999

CAUSES DE DÉCÈS	HOMMES		FEMMES	
	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac %	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac %
Cancers	86 903	36	56 946	4
Poumon	20 867	91	4 329	44
Bouche, pharynx, larynx, œsophage	9 621	61	1 588	18
Autres	56 415	12	51 029	1
Maladies cardiovasculaires	76 075	14	88 844	2
Maladies de l'appareil respiratoire	22 425	37	21 416	10
Autres maladies	89 361	9	95 489	1
Toutes causes	274 764	21	262 695	3

Tableau 1 Source : Hill C, Laplanche A.[1]

ralistes ne confient directement leurs patients à une structure spécialisée que dans 2,2 % des cas. L'objectif de cet article est de décrire une typologie de fumeurs relevant de ces consultations de tabacologie hospitalières. Une revue de la littérature a été effectuée, et une recherche bibliographique systématique sur *Medline* portant sur les travaux les plus récents (période 2000-2005) a complété les données de référence publiées en France.

DÉPENDANCE PHYSIQUE AU TABAC

Les données épidémiologiques sur le niveau de dépendance physique au tabac ont mis en évidence 16,5 % de fumeurs dépendants dans la population générale des fumeurs.[8] Entre 2000 et 2002, le développement des consultations de tabacologie a été soutenu par une enveloppe financière de 3,5 millions d'euros distribuée au niveau régional. Un dossier standardisé informatisé a été élaboré pour décrire le profil des personnes s'adressant à ces consultations. Les caractéristiques sociodémographiques, médicales et de consommation tabagique de ces fumeurs ont été, dans cette perspective, enregistrées de façon systématique à l'aide du dossier patient électronique, spécifiquement conçu pour les consultations de tabacologie en 2000. Le but principal du dossier était de standardiser la prise en charge des consultants et de vérifier que les consultations de tabacologie recevaient bien, en priorité, les fumeurs les plus malades et les plus dépendants du tabac. Ce dossier informatisé* a été conçu à partir du dossier de consultation de tabacologie.[9, 10]

L'analyse des caractéristiques médicales des 14 574 fumeurs enregistrés dans la base nationale informatisée des consultations de tabacologie (CDT) entre 2001 et 2003 a montré que ces fumeurs avaient une dépendance physique forte au tabac avec un test de Fagerström (*v.* tableau 2) supérieur ou égal à 7 (près de la moitié d'entre eux).[11, 12] En outre, les fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie se distinguaient par leur gravité médicale. Ils avaient des maladies liées à l'exposition au tabac (plus d'un tiers

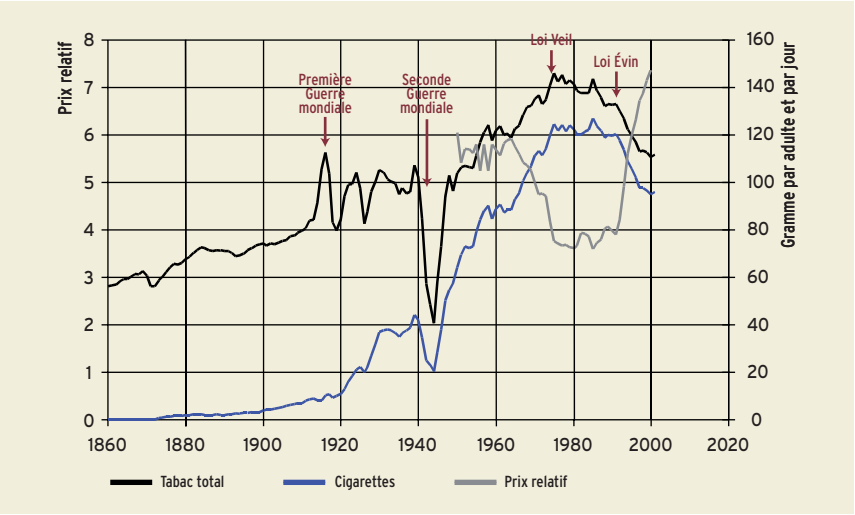

Figure 1 **Ventes et prix du tabac en France entre 1875 et 2001.** Source : Hill C, Laplanche A. Les vrais chiffres du tabac. Documentation française 2003.

* Une nouvelle version du dossier de tabacologie, validée par la Société française de tabacologie est disponible depuis novembre 2007 sur les sites de l'Inpes (www.inpes.sante.fr) ou de CDTnet (http://cdtnet.spim.jussieu.fr/)

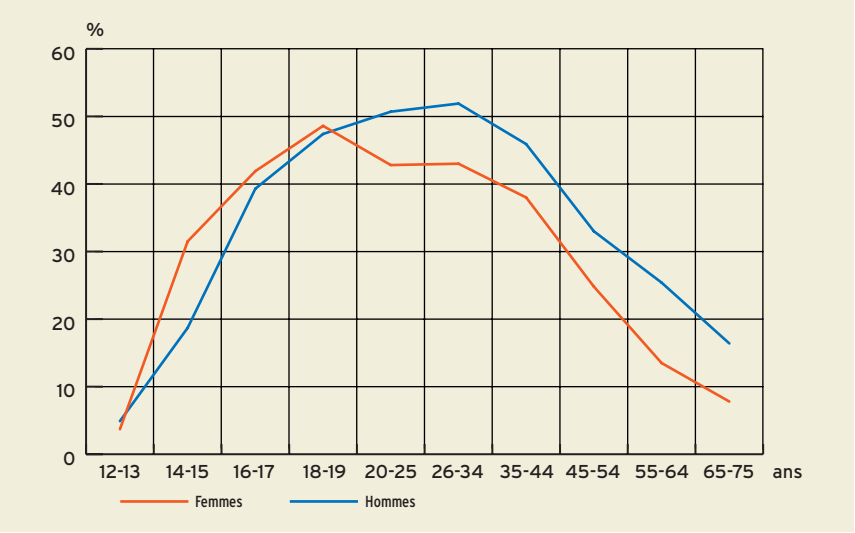

Figure 2 **Pourcentage de fumeurs actuels selon l'âge et le sexe en France en 1999.**
Source : Baromètre santé 2000.

de la population souffrait de maladies cardiovasculaires ou respiratoires) ainsi que des tendances anxieuses et dépressives (un tiers avait un antécédent de dépression et près de 40 % une composante anxieuse) ; 10 % d'entre eux cumulaient les 3 critères de gravité. Il s'agissait donc d'une population sélectionnée.

Le test de Fagerström, présenté sous forme d'autoquestionnaire (en salle d'attente), est compatible avec les contraintes de l'exercice de ville. Il fait partie intégrante du dossier de tabacologie qui peut aussi être complété aisément par les patients.[9] Ces outils permettent de suivre les recommandations de pratique dans l'aide au sevrage tabagique. Pourtant, l'utilisation de questionnaires pour l'aide au sevrage n'était retrouvée que chez 6 % des médecins dans les données du Baromètre médecins/pharmaciens 2003.[7]

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES DANS L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Données de la littérature

Le conseil bref d'arrêt du tabac effectué par les médecins généralistes chez les patients fumeurs ne consultant pas pour sevrage conduit à environ 1 arrêt du tabac pour 50 fumeurs conseillés.[13] Cette étape de dépistage « Fumez-vous ? oui/non », suivie d'une recommandation d'arrêt du tabac si la personne fume, a en apparence un rendement faible. Elle s'intègre dans une démarche complète de prise en charge, les 5A *(ask, assess, advise, assist and arrange)*, dont l'utilisation par tous les professionnels de santé est recommandée dans les publications internationales.[14] Une étude réalisée en Provence-Alpes-Côte d'Azur a montré que les patients qui avaient bénéficié de conseils d'arrêt de la part de leur médecin généraliste avaient des taux d'abstinence continue à 12 mois 4 fois plus importants.[15]

Ask *(demander : fumez-vous ?)*

Dans une méta-analyse de 9 études, le taux d'intervention des cliniciens en l'absence de système de dépistage du statut tabagique de leurs patients était de 38,5 % versus 65,5 % s'il existait un tel système (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 58,3-72,6) ; *odds ratio* [OR] : 3,1 [IC à 95 % : 2,2-4,2]).[14] L'ajout du statut tabagique des personnes dans les paramètres vitaux des patients augmentait les déclarations de patients rapportant l'intervention du médecin (évaluation du statut tabagique et conseils d'arrêt du tabac).

Advise *(conseiller : vous devriez arrêter de fumer)*

Les médecins ont un effet modeste, en consultation de routine, sur l'augmentation du taux de sevrage mais de niveau de preuve élevé. Le taux d'abstinence à 5 mois ou plus obtenu par conseil bref d'un médecin était de 10,2 % (IC à 95 % : 8,5-12,0) versus 7,9 % en l'absence de conseil (OR : 1,3 ; IC à 95 % : 1,1-1,6) [méta-analyse de 7 études].[16] Ce conseil durait 3 minutes ou moins, le maximum étant de 5 minutes. Des résultats comparables étaient obtenus par une autre méta-analyse de 16 essais :[17] augmentation faible du taux de sevrage à 6 mois ou plus, en cas de conseil bref versus pas de conseil ou soins courants (OR : 1,69 [IC à 95 % : 1,45-1,98]).

Assess *(évaluer la préparation à l'arrêt du tabac)*

L'évaluation de la préparation à l'arrêt du tabac peut fournir l'information permettant d'ajuster le traitement (présomption scientifique) et constitue une première étape de programmation du traitement, mais elle n'est pas indispensable pour que l'intervention soit efficace. Les variables associées aux taux d'abstinence les plus élevés sont la forte motivation, la préparation à l'arrêt, une efficacité personnelle modérée à élevée ainsi que l'existence de réseaux sociaux qui soutiennent la tentative d'arrêt.[16]

Les variables associées à des taux d'abstinence moins élevés sont la forte dépendance au tabac, une plus longue durée de tabagisme, le fait de vivre avec un fumeur, un antécédent grave de comorbidité psychiatrique, et des niveaux de stress élevés.[16] Il n'existe pas de preuve formelle que la prise en compte de l'ensemble de ces paramètres soit utile pour adapter le traitement, mise à part la prescription de plus fortes doses de substitution nico-

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Test de Fagerström

	POINTS
Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?	
Dans les 5 minutes	3
De 6 à 30 minutes	2
De 31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0
Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (cinéma, compartiments non-fumeurs, avion, etc.)	
Oui	1
Non	0
Quelle est la cigarette qui vous manquerait le plus ?	
La première le matin	1
Une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?	
Oui	1
Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade et alité (angine, grippe, etc.) ?	
Oui	1
Non	0
ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE	
0 à 4 points	Dépendance faible
5 ou 6 points	Dépendance moyenne
7 à 10 points	Dépendance forte

Tableau 2 D'après la réf. 12.

tinique en cas de dépendance tabagique élevée.[17]

Assist *(former les professionnels de santé aux méthodes de conseil bref)*

Une revue Cochrane de 8 essais randomisés contrôlés concernant les médecins a montré que les professionnels ayant reçu une formation étaient 1,5 à 2,5 fois plus aptes que les professionnels du groupe contrôle à réaliser les tâches de conseil des patients sur le tabagisme et à débuter d'autres interventions : la fixation d'une date d'arrêt, la fixation d'un rendez-vous de suivi et la proposition de documents d'aide à l'arrêt du tabac ou de gommes de nicotine.[18] Mais seuls 2 des 8 essais randomisés contrôlés (groupe formé *vs* groupe non formé) montraient un effet significatif de la formation des professionnels de santé sur le taux de sevrage au moins 6 mois après l'intervention. La durée et le contenu variables de la formation pourraient expliquer ces résultats mitigés.[18]

Arrange *(suivre la tentative d'arrêt)*

La programmation de visites de suivi ou d'appels téléphoniques de suivi permet d'augmenter le taux de sevrage.[19]

Ces données internationales ont été développées dans les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) portant sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, publiées en 2003.[20] Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur le repérage des fumeurs et l'initiation du sevrage tabagique par tout médecin a été publié en 2004 par la Haute Autorité de santé.[21] Toutefois, une étude récente portant sur la prise en charge du sevrage tabagique par les médecins généralistes en France montre que ces derniers rencontrent des difficultés à appliquer les recommandations.

La situation en pratique quotidienne en France

Une étude de pratique réalisée auprès de 317 médecins généralistes de la Marne a mis en évidence les faits suivants : 87 % des praticiens ont indiqué prendre en charge seuls leurs patients ; le conseil minimal n'était jamais donné dans 42 % des cas ; seuls 50 % des médecins avaient le sentiment d'être assez efficaces dans la prise en charge du sevrage tabagique, et l'efficacité semblait accrue quand les médecins dédiaient spécifiquement une consultation au sevrage tabagique et que le suivi du patient était programmé dans le temps.[22] Il existait une différence significative entre d'une part les médecins fumeurs dont 23,5 % orientaient directement leurs patients, et d'autre part les médecins non fumeurs et anciens fumeurs dont seulement 5 % orientaient leurs patients sans les pren-

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

dre en charge. Le testeur de monoxyde de carbone (CO) n'avait été cité que 43 fois par les médecins interrogés. Pourtant, il s'agit d'un outil très pédagogique et aisément utilisable en médecine générale bien que les recommandations de l'Afssaps le réserve aux spécialistes.[20] En effet, à l'arrêt du tabac, le CO est éliminé par l'organisme et la mesure se normalise en 24 heures.

LE DISPOSITIF SPÉCIALISÉ D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE ET SON EFFICACITÉ

Les consultations de tabacologie

Le nombre de consultations hospitalières et non hospitalières de tabacologie est de l'ordre de 400 en France.[23] Ces consultations ont des pratiques homogénéisées, en particulier grâce à l'utilisation du dossier de tabacologie élaboré par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), le réseau Hôpital sans tabac et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), en collaboration avec un comité d'experts en tabacologie. Il a été validé par la Société française de tabacologie. Il s'agit d'un autoquestionnaire que l'on peut laisser en salle d'attente et qui est téléchargeable sur le site de l'Inpes[9] et de CDTnet.[10] Les informations sont revues en consultation individuelle ou de groupe par le tabacologue. Le niveau de dépendance au tabac est systématiquement mesuré par le test de Fagerström, la mesure du CO dans l'air expiré est effectuée et l'histoire tabagique du fumeur retracée (âge de la première cigarette, âge du tabagisme quotidien, tentatives antérieures de sevrage tabagique). Le dépistage des troubles anxiodépressifs repose sur des échelles[21,24] et, dans les équipes de tabacologie hospitalières structurées, des psychologues participent à la prise en charge des fumeurs. Le dépistage et la prise en charge des autres comportements addictifs est la règle : mésusage d'alcool à l'aide du DETA,[25] caractérisation de la consommation de cannabis. Le poids est surveillé de façon systématique, et les équipes peuvent bénéficier de l'aide de diététiciennes. Seules les thérapeutiques ayant démontré leur efficacité dans l'arrêt du tabac sont utilisées.[20] Le suivi des fumeurs en cours de sevrage permet de prévenir, dans le moyen et le long terme, les rechutes liées à la survenue d'un syndrome dépressif, d'une prise de poids, de difficultés de gestion de la consommation d'alcool, à la présence d'un entourage fumeur ou à des situations émotionnelles positives et négatives. Malgré ce dispositif, les rechutes sont fréquentes dans l'histoire de chaque tabagique. Il s'agit d'expliquer au patient qu'il ne s'agit que d'accidents de parcours et de le déculpabiliser devant cette sensation d'échecs réitérés. En effet, les taux de rechutes restent élevés. La durée du suivi est de l'ordre de 6 mois.[20]

L'efficacité de la prise en charge du sevrage tabagique dans les publications

Les Britanniques ont mis en place à partir de 1999 un système de consultations d'aide au sevrage tabagique très accessible à la population sur l'ensemble de leur territoire, en commençant par les zones socialement défavorisées. Une évaluation du dispositif a été faite pour les années 1999-2002 et a montré que 235 000 personnes avaient bénéficié du dispositif au cours de cette période, qu'une proportion plus importante de fumeurs précaires avait consulté ces services par rapport à la proportion de fumeurs précaires dans les zones géographiques correspondantes.[26] L'abstinence tabagique au terme de 4 semaines, validée par un dosage du CO, était obtenue chez 53 % des fumeurs qui avaient fixé une date d'arrêt du tabac. Certaines caractéristiques étaient statistiquement associées au sevrage : les fumeurs plus âgés et les fumeurs plus motivés à l'arrêt avaient des taux de succès plus importants alors que les fumeurs les plus dépendants (un bas niveau socio-économique étant associé à une dépendance tabagique plus élevée) réussissaient moins souvent à arrêter de fumer. Près de 15 % des fumeurs ayant eu recours aux services d'aide au sevrage restaient abstinents au terme d'un an (validation par un taux de CO expiré inférieur à 10 ppm) avec les mêmes critères de succès qu'au terme de 4 semaines. En outre, les fumeurs traités plus longtemps avaient des taux de succès plus élevés (76 % des fumeurs avaient utilisé des substituts nicotiniques). Ce taux de 15 % en population générale est comparable aux taux de succès obtenus lors des essais cliniques sur des populations sélectionnées.[14,27] Et le taux de rechute de 75 % à 1 an est classiquement retrouvé dans les publications.[28] Les rares données françaises sur 300 patients montraient un taux de succès de 12 % au terme de 2 ans au sein d'une consultation hospitalière de tabacologie.[29] Si un certain nombre de fumeurs effectuent des tentatives de sevrage, d'autres n'envisagent pas même cette éventualité : il s'agit des fumeurs résistants au sevrage.

FUMEURS RÉSISTANTS AU SEVRAGE

Malgré les dispositifs d'aide individuelle à l'arrêt du tabac, l'hypothèse d'un noyau dur de fumeurs, les *hard-core smokers*, a été émise par Emery.[11,30] Ce sont les fumeurs particulièrement résistants au sevrage.[30,31] Dans les données britanniques obtenues par une étude transversale auprès de 7 766 fumeurs adultes, 16 % étaient définis comme des *hard-core smokers* à l'aide des 4 critères suivants : moins de 1 jour sans fumer une cigarette au cours des 5 dernières années ; pas de tentative de sevrage au cours de l'année écoulée ; pas de souhait d'arrêter de fumer ni intention d'arrêter dans le futur.[32] Ces fumeurs appartenaient préférentiellement à des catégories sociales défavorisées. Les caractéristiques des *hard-core smokers* consultant des médecins généralistes ont été étudiées dans

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

une publication de 2006 (1 170 adultes fumeurs consultant 73 praticiens) en les comparant aux fumeurs réguliers non résistants au sevrage, et ce pour l'âge, le sexe et la dépendance nicotinique. Dans cette étude également, 16 % des fumeurs consultant en médecine générale étaient résistants à l'éventualité d'un sevrage tabagique. Ces fumeurs étaient plus souvent des hommes (50,5 % d'hommes dans le groupe *hard-core vs* 35,3 % dans le groupe fumeurs non résistants) et ils étaient plus dépendants à la nicotine que les autres fumeurs. Il n'y avait pas de différence d'âge entre les 2 groupes de fumeurs, à la différence des études de Emery[30] et Jarvis[32] qui retrouvaient un âge plus élevé chez les fumeurs résistants au sevrage par rapport aux autres fumeurs. Peu de données sont disponibles sur les fumeurs résistants au sevrage. Les fumeurs fortement dépendants au tabac avec une durée d'exposition longue au tabagisme sont des candidats potentiels du groupe des *hard-core smokers* et doivent, en conséquence, bénéficier d'une prise en charge spécialisée dans une consultation de tabacologie. La mise en place de réseaux entre la médecine de ville et les centres de tabacologie avec des moyens humains et financiers renforcés devrait être envisagée.

PERSPECTIVES

L'existence de thérapeutiques efficaces d'aide au sevrage doit inciter à une prise en charge systématique de l'arrêt du tabac. Il paraît nécessaire d'intégrer l'aide au sevrage tabagique dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. Les professionnels de santé formés sont plus efficaces que ceux qui ne le sont pas : ils encouragent environ 2 fois plus de patients dans une démarche de sevrage, et les patients ont 2 à 3 fois plus de chances de réussir leur sevrage à 1 an que les patients suivis par les professionnels non formés.[33] En effet, les médecins se sentent souvent démunis face aux demandes d'aide au sevrage tabagique.[34] De plus, les traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique ne sont parfois pas considérés par les professionnels de santé comme médicalement nécessaires bien qu'ils soient disponibles et efficaces.[35,36] Le non-remboursement de ces médicaments par l'Assurance maladie y contribue certainement. Enfin, la prescription des traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique doit être associée à un suivi régulier, constitué d'un soutien de la motivation et d'un support psychocomportemental.[20] Ainsi, comme l'a montré un essai randomisé contrôlé, la mise en œuvre des recommandations de pratique clinique en tabacologie dans le cadre de la médecine ambulatoire améliore les taux de sevrage (15,4 % dans les sites ayant bénéficié de l'intervention *vs* 9,8 % dans les sites contrôle).[37] Dès lors, l'activité d'aide au sevrage tabagique est consommatrice de temps, ce qui est souligné dans les publications.[38] Des incitations financières pourraient permettre une prescription efficace assortie d'un suivi. Les mesures incitatives envisageables en France pourraient s'inscrire dans le cadre des contrats de santé publique définis par la loi du 6 mars 2002 (article L162-12-20 du code de la Sécurité sociale) ou par forfaits annuels de prise en charge. À titre d'exemple, il existe ainsi un système de rémunération des médecins généralistes pour l'aide au sevrage tabagique au Royaume-Uni.[39]

CONCLUSION

La majorité des fumeurs relèvent d'une prise en charge par le médecin traitant. Pour les fumeurs dépendants, une formation adaptée des médecins généralistes aux thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide au sevrage tabagique, dans le cadre des contrats de santé publique (ou forfaits de prise en charge), pourrait permettre de réduire le taux élevé de rechutes. En outre, pour les fumeurs fortement dépendants au tabac et résistants au sevrage, l'orientation vers un centre de tabacologie s'avère nécessaire. Enfin, la mise en place de réseaux entre la médecine de ville et les centres de tabacologie avec des moyens humains et financiers renforcés devrait être envisagée. ■

Remerciements à M^me^ Danielle Bouton pour son aide précieuse dans la mise en forme des références bibliographiques.

SUMMARY Which patients should be referred to the hospital for the management of tobacco dependence?

The existence of efficient smoking cessation therapies should lead to a systematic management of smoking cessation. Most smokers should be managed by their general practitioner. For addicted smokers, an adequate training on drug and non-drug therapies for smoking cessation provided to general practitioners as a part of public health contracts could reduce the high level of relapses. For highly dependent and cessation-resistant smokers, a referral to a smoking cessation center may be necessary. Finally, the creation of collaboration networks between general practitioners and smoking cessation centers with reinforced human and financial resources should be considered.

Rev Prat 2008 ; 58 : 245-51

RÉSUMÉ Quels patients doit-on adresser à l'hôpital pour la prise en charge de leur tabagisme ?

L'existence de thérapeutiques efficaces d'aide au sevrage doit inciter à une prise en charge systématique de l'arrêt du tabac. La majorité des fumeurs relèvent d'une prise en charge par le médecin traitant. Pour les fumeurs dépendants, une formation adaptée des médecins généralistes aux thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide au sevrage tabagique dans le cadre des contrats de santé publique pourrait permettre de réduire le taux élevé de rechutes. En outre, pour les fumeurs fortement dépendants au tabac et résistants au sevrage, l'orientation vers un centre de tabacologie s'avère nécessaire. Enfin, la mise en place de réseaux entre la médecine de ville et les centres de tabacologie avec des moyens humains et financiers renforcés devrait être envisagée.

RÉFÉRENCES

1. **Hill C, Laplanche A.** Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH 2003;22-23:98-100.
2. **Guilbert P, Gautier A, Beck F, et al.** Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-5005. BEH 2005;21-22:97-8.
3. **Observatoire français des drogues et toxicomanies.** Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes ESCAPAD 2003. Tendances 2004;39:1-4. **http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap04/epfxfbka.html**
4. **Guilbert P, Gautier A.** Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : Inpes, Coll Baromètres santé; 2006. **www.inpes.sante.fr**
5. **Charlton BG, Calvert N, White M, Rye GP, Conrad W, van Zwanenberg T.** Health promotion priorities for general practice: constructing and using "indicative prevalences". BMJ 1994;308:1019-22.
6. **Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.** Mission interministérielle de lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007. 2003. **http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/plancancerbase.pdf**
7. **Gautier A, Léon C, Wilquin JL, Guilbert P.** Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête médecins/pharmaciens, France, 2003. BEH 2005;21-22:101-2.
8. **Oddoux K, Peretti-Watel P, Baudier F.** Tabac. In: Guilbert P, Baudier F, Gautier A (sous la direction de), editors. Baromètre Santé 2000 « Résultats ». Paris: Éd. CFES, 2001:77-122. **http://www.cfes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/tabac.pdf.**
9. **Inpes.** Dossier consultation de tabacologie. 2001. **http://www.inpes.sante.fr/**
10. Consultation de tabacologie (CDT), janvier 2007. **http://cdt.hegp.bhdc.jussieu.fr/**
11. **Le Faou AL, Scemama O, Ruelland A, Menard J.** Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. Analyse de la base nationale CDT. Rev Mal Respir 2005;22:739-50.
12. **Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO.** The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27.
13. **Ashenden R, Silagy C, Weller D.** A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. Fam Pract 1997;14:160-76.
14. **Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al.** Treating tobacco use and dependence - clinical practice guideline. Rockville: US Department of health and human services. Public Health Service, 2000. **http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm**
15. **Slama K, Karsenty S, Hirsch A.** French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. Addiction 1999;94:125-32.
16. **Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB.** Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. Mayo Clin Proc 1995;70:209-13.
17. **Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD000146.
18. **Lancaster T, Silagy C, Fowler G.** Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2004.
19. **US Department of health and human services.** Healthy people 2010, 2nd ed. With understanding and improving health and objectives for improving health (2 vols). Washington (DC): US Department of health and human services, 2000.
20. **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.** Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - Recommandations. Saint-Denis: Afssaps, 2003.
21. **Haute Autorité de santé.** Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique, 2004. **http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272480**
22. **Depinoy D, Vannobel R.** Médecins généralistes et patients : des occasions manquées ? Rev Prat Med Gen 2006;720:181-6.
23. **Jeanfrançois M, Fernandes E, Dautzenberg B, Dupont P, Ruelland A.** Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003. BEH 2003;22-23:108.
24. **Beck A, Steer R, Carbin M.** Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evalution. Clin Psychol Rev 1998;8:11-100.
25. **Ewing JA.** Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984;252:1905-7.
26. **Raw M, McNeill A, Coleman T.** Lessons from the English smoking treatment services. Addiction 2005;100:84-91.
27. **Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A.** Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000;321:355-8.
28. **Stapleton J.** Cigarette smoking prevalence, cessation and relapse. Stat Methods Med Res 1998;7:187-203.
29. **Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A.** Evaluation of smoking cessation success in adults. Respir Med 2005;99:1303-10.
30. **Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas AJ, Pierce JP.** Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence. Am J Public Health 2000;90:387-94.
31. **Augustson E, Marcus S.** Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on the "hardcore" smoker phenomenon. Nicotine Tob Res 2004;6:621-9.
32. **Jarvis MJ, Wardle J, Waller J, Owen L.** Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. BMJ 2003;326:1061-5.
33. **Stoebner-Delbarre A, Letourmy F.** Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer: rôles des professionnels de sante. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34:3S326-35.
34. **Ockene JK.** Physician-delivered interventions for smoking cessation: strategies for increasing effectiveness. Prev Med 1987;16:723-37.
35. **McEwen A, West R.** Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tob Control 2001;10:27-32.
36. **Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al.** Smoking Cessation. In: Clinical Practice Guideline No 18. Rockville (MD) : US Department of health and human services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
37. **Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB.** Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. J Natl Cancer Inst 2004;96:594-603.
38. **Helgason AR, Lund KE.** General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-results from four Nordic countries. Scand J Public Health 2002;30:141-7.
39. **Department of Health.** Investing in general practice: the new general medical services contract. London: Department of Health, 2003. **http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/19/67/04071967.pdf**

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN